Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52425714	
CORREO ELECTRONICO:	ROCIOORTEGONC@GMAIL.COM				CELULAR:	9300746	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL ENDODONCIA USS 51 ZONA FRANCA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO08E08	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	9270289912				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	7635			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	3028	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA-ODONTOLOGO ENDODONCISTA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-01-01		2026-01-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$5,421,000				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%		N/A		

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$10,725,000
VALOR EJECUTADO	$10,725,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,421,000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
2896379	$2,121,600	$265,200	$339,456	5	$51,682	$656,338

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Liliana Castiblanco Mosos
52619353
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Atender consulta especializada programada y de urgencias de endodoncia	Si se atendió consulta especializada y urgencias en Endodoncia elaboraciòn de historia clìnica y examen de endodoncia de cada paciente integral. Se diagnosticó patologìas y se efectuò tratamientos en Endodoncia , Se tomò radiografias periapicales.	Atención de los pacientes agendados que cumplieron sus citas de valoracion, tratamiento y entrega de referencia para autorizacion en su eps.
2, Realizar la valoración y examen de endodoncia y registrar en la historia clínica el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución de cada sesión	Se realizo atencion a los pacientes agendados para valoracion y tratamiento con su respectivo diagnostico , plan de tratamiento y evolucion consignados en la historia clinica	Historia clinica donde se evidencia la educación a los pacientes acerca de la importancia del dx y plan del tratamiento.
3, Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1.999	Se diligenciò de manera completa la historia clinica de endodoncia y la historia clinica de radiologia oral. Se diligenciò de manera completa la historia clinica de endodoncia y la historia clinica de radiologia oral.	Historias clinicas diligenciadas con completitud , pertinencia, y lectura de rx periapicales
4,Solicitar exámenes paraclínicos en caso necesario y cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	Se solicitaron los examenes complemetarios necesarios para establecer un correcto diagnostico	Diagnosticos y planes de tratamiento correspondientes al examen clinico y complementarios como son las radiografias
5, Realizar planes de mejora individual de las auditorias que no alcancen el estándar optimo.	Se establecieron planes de continua mejora para estar en el estandar requerido	Plan de mejora continua para lograr el estandar
6, Realizar reportes de sucesos de seguridad, posibles eventos adverso identificados en su actividad diaria	Se colocan los sucesos de seguridad y posibles eventos adversos generados de la atencion en endodoncia	Reportes de los sucesos de seguridad y posibles eventos adversos # 95917
7, Realizar la referencia y contrarreferencia para continuar tratamiento cuando sea necesario, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan	se realizaron ordenes de referencia y contrarefencia para continuar con tratamientos odontologicos al servicio de odontologia general y otras especialidades	Ordenes de referencia y contrarrefencia
8, Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos a la respectiva área	Se realiza informes mensuales de gestión, se vigila y respondió por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotación e inventario.	Informes de gestion mensual oportunos 2.7
"9,Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos"	Se realizo atencion a los pacientes todos con su respectiva factura evitando las glosas al realizar los procedimientos respectivos	Facturas acorde a tratamientos
10) Revision de las agendas de citas de su programacion con el fin de informar al supervisor cualquier novedad que afecte la produccion	Se realizo la revision oportuna de las agendas y se informo al supervisor aerca de las novedades	Agendas revisadas
11) Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día	Realizar historias clinicas completas e informes de gestion mensuales	Historias clinica e informes mensulaes
12) . Se debe anexar mensualmente a la cuenta de cobro un informe de actividades que realizan durante el mes que incluyan: Interconsultas, pacientes atendidos, consultas urgencias, evoluciones - notas, según el area donde presten el servicio.	Se realizo la cuenta de cobro correspondiente a las actividades realizadas, Se realizaron los pagos correspondientes a salud, pension y arl	Cuenta de cobro con informe de actividades
13) Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.Incluye el cumplimiento de la estrategia "" Quitate la Bata"" en el contexto de seguridad del paciente	Se utiliza la bata y carnet para garantizar la seguridad del paciente, Correcto uso de los implementos de identificacion en Zona Franca y las barreras bioseguridad en la atencion de	Cumplimiento de normas, Disminuir riesgos de contaminacion cruzada en consulta y correcta identificacion del profesional por parte de los pacientes
"14) Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista. al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista"	Realice las actividades pertinentes con el fin de evitar las glosas	Actividades pertinentes cumplidas
15) Adherirse al 100 % de los estandares de acreditacion asi como participar en las diferentes actividades programadas.	Realice las actividades de acreditacion pertinentes realizadas por zona francaen el que desarrollo las actividades	Actividades de zona franca Cumplidas
16) En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta informar al supervisor del contrato	Se presentaron informes a la supervisora del contrato de las ausencias de fuerza mayor	Se dio cumplimiento a las horas contratadas con el contrato
17) Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado	Se participo en las capacitaciones asignada	Asegurate del mes de ENERO Guia de Buena Practica de Comunicación Clinica y Correcta colocacion de manillas

Copia Certificada Subred Sur Occidente

18) Cumplir con el estandar de rendimiento optimo de su servicio realizando estrategias como reemplazo de inasistencias	Se cumple con el estandar de rendimiento	Se realizan acciones de mejora : realizando agendamiento desde el consultorio de los pacientes que asisten a valoracion y tratamiento
19) Todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato	Se realizan las actividades asignadas por el supervisor del contrato	Actividades realizadas

Liliana Castiblanco Mosos
52619353
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificadd
Subred Suroccidente

SURESOC-2025

SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS

- Dashboard
- perfil
  - Datos Personales
  - Cuenta de Cobro
    - Soportes OPS
    - OPS
  - Dinámica / Contraseña
  - Activar-Base Poblacional
- Administrativo
- Asistencial



SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS

ESPECIALISTA ENDOCRINOLOGIA

Contrato Actual: 1462-2026

9300746 ROCIOORTEGONC@GMAIL.COM

Información del contratista

Tipo de documento Cédula de ciudadania	Banco BANCO DAVIVIENDA S.A
No. de documento 52425714	Tipo de cuenta AHORRO
Sede SUBRED	No. de cuenta 9270289912

Plataforma desactivada para CREACIÓN y/o CORRECCIÓN de cuentas. A partir del **23/02/2026** se pueden volver a subir cuentas

RELACION DE CUENTAS 287665

Buscar

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
287665	7635	2026-01-01 / 2026-01-31	$10,725,000	$5,421,000	100	$0	APROBADA	
281		2025-12-01 / 2025-						

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT 900.959.048-4

DEBE A:
SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS
CC: 52.425.714 DE: BOGOTÁ

La suma de CINCO MILLONES QUINIENTOS VEINTE Y UN MIL PESOS ($5421.000), por concepto de: prestación de servicios como ENDODONCISTA, en el Caps. Zona Franca, con un total de 139 horas, valor hora $39.000 Treinta y nueve mil pesos m/cte. durante el periodo de 01 al 31 ENERO del presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 7635-2025



SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS
CC: 52.425714 DE: BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS: BANCO DAVIVIENDA
NUMERO: 009270289912

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52425714	SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS	CALLE 116 A # 71 C 17 APTO 201	3123693342	rocioortegonc@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	07/01/2026	2896379	$680.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	265.300	0		0		0	1	200	0	265.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	339.600	0	0	0	0	1	300	0	339.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	75.300	1	100	75.400	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	265.300	265.500
Pensión	1	339.600	339.900
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	75.300	75.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	680.200	680.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52425714	SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS		CALLE 116 A # 71 C 17 APTO 201	3123693342	rocioortegonc@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	07/01/2026	2896379	$680.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52425714	ORTEGON CASTELLANOS SHIRLEY ROCIO	3	0			N								X									25-14	2.122.000	339.600	0	0	0	0	EPS008	2.122.000	265.300		0		0	CCF24	3.762.000	75.300	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información